

Factores que influyen en la realización de una valoración psiquiátrica en pacientes que consultan por intoxicación por cocaína

AUGUST SUPERVÍA¹, ALFONS AGUIRRE¹, CARLOS CLEMENTE¹, MARÍA LUISA IGLESIAS², ELIAS SKAF¹, JOSÉ LUIS ECHARTE¹

¹Servicio de Urgencias. Hospital Universitario del Mar. Barcelona, España. ²Servicio de Urgencias. Consorci Sanitari Parc Taulí. Sabadell. Barcelona, España.

CORRESPONDENCIA:

Dr. August Supervía
Servicio de Urgencias
Hospital Universitario del Mar
Ps. Marítim, 25-29
08003 Barcelona, España
E-mail: ASupervia@imas.imim.es

FECHA DE RECEPCIÓN:

10-12-2009

FECHA DE ACEPTACIÓN:

25-1-2010

CONFLICTO DE INTERESES:

No existe conflicto de intereses. El trabajo ha sido presentado como comunicación en los congresos SEMES-Cataluña y en las XII Jornadas Nacionales de Toxicología Clínica.

Objetivo: Los consumidores de cocaína presentan frecuentemente alteraciones psiquiátricas. El objetivo de este trabajo es determinar qué factores influyen en la decisión de solicitar una valoración psiquiátrica urgente ante una intoxicación por cocaína.

Método: Registro de dos años de las intoxicaciones por cocaína asistidas en urgencias. Se dividieron en dos grupos en función de si se realizó una valoración psiquiátrica. Se recogió edad, sexo, constantes vitales, escala de Glasgow, asociación de alcohol u otras sustancias de abuso, número de drogas consumidas, tiempo transcurrido desde el consumo, turno de asistencia, antecedentes psiquiátricos y de intoxicaciones previas, sintomatología y destino. El análisis estadístico incluyó una regresión logística para determinar factores independientes asociados a la realización de valoración psiquiátrica.

Resultados: Se recogieron 327 casos. Se realizó una valoración psiquiátrica en 69 (21,1%). Los pacientes valorados por psiquiatría eran de mayor edad ($p = 0,007$), habían asociado benzodiazepinas más frecuentemente ($p = 0,002$), tenían mayor porcentaje de antecedentes psiquiátricos ($p < 0,001$) y agitación psicomotriz ($p = 0,001$) y tenían sintomatología neurológica con menor frecuencia ($p = 0,001$). La regresión logística mostró que la asociación de benzodiazepinas (OR = 2,58; IC 95%: 1,18-5,64; $p = 0,018$), los antecedentes psiquiátricos (OR = 7,40; IC 95%: 3,51-15,64; $p < 0,001$) y la ausencia de sintomatología neurológica (OR = 2,74; IC 95%: 1,36-5,50; $p = 0,005$) eran factores independientes para realizar una valoración psiquiátrica.

Conclusiones: La valoración psiquiátrica urgente se realiza en pocas ocasiones. El consumo conjunto de benzodiazepinas, los antecedentes psiquiátricos y la ausencia de sintomatología neurológica se asocian a la solicitud de valoración psiquiátrica. [Emergencias 2010;22:91-95]

Palabras clave: Valoración psiquiátrica. Intoxicación por cocaína. Servicio de urgencias.

Introducción

El consumo de cocaína y las consultas en urgencias por este motivo han experimentado un importante incremento en los últimos años, tanto en Europa¹ como en España². Se estima que un 6% de la población de entre 19 y 39 años la ha consumido en alguna ocasión³. En la encuesta del Plan Nacional de Drogas del año 2005 se confirma una tendencia al alza en el consumo de la cocaína en polvo, que pasa del 1,6% en 1999 al 3% en 2005⁴. Además, la cocaína es la sustancia que se menciona con mayor frecuencia en las urgen-

cias hospitalarias por intoxicación por drogas de abuso⁴. En este sentido, en dos series españolas, las consultas en urgencias por consumo de cocaína representaron entre el 28,6% y el 66% de las urgencias generadas por sustancias de abuso^{5,6}.

Por otra parte, los consumidores de drogas de abuso tienen comorbilidades psiquiátricas con relativa frecuencia⁷, y alcanzan hasta un 30% en los consumidores de cocaína⁸. En un reciente estudio en nuestro medio, que se realizó en jóvenes consumidores de cocaína, se detectaron hasta un 42,5% de comorbilidades psiquiátricas, inducidas o no por la droga, en las que predominan los trastornos del hu-

mor y de ansiedad⁹. Además, la cocaína es la sustancia de abuso que más a menudo se asocia con ideas autolíticas¹⁰. Atendiendo a esta elevada prevalencia de patología psiquiátrica concomitante, se podría plantear la necesidad de realizar una valoración psiquiátrica a los pacientes con intoxicación por cocaína que acuden a urgencias. Sin embargo, en la práctica diaria, esto no es así. El objetivo de este trabajo es determinar el porcentaje de valoraciones psiquiátricas realizadas en urgencias a los pacientes atendidos por intoxicación por cocaína, y si existen factores que influyen en la decisión de solicitarla.

Método

Se realizó un registro de todas las consultas realizadas en el servicio de urgencias por intoxicaciones por cocaína durante los años 2003 y 2004. Se excluyeron los pacientes atendidos directamente en urgencias de psiquiatría. Se recogieron datos referentes a la edad, el sexo, las constantes vitales (la presión arterial, la frecuencia cardiaca y la frecuencia respiratoria), la saturación basal de oxígeno mediante pulsioximetría, la glicemia de sangre capilar, la asociación de alcohol u otras sustancias de abuso, el número de drogas consumidas, el tiempo transcurrido desde el consumo hasta la llegada a urgencias, el día de la semana, mes y turno en el que se producía la asistencia (mañana: 7:30-14:30 h, tarde: 14:30-21:30 h, noche: 21:30-7:30), el tipo de consumo (habitual o esporádico), los antecedentes de intoxicaciones previas, los antecedentes psiquiátricos, el tipo de sintomatología, la necesidad de tratamiento y el destino al alta [(alta, ingreso en unidad convencional o en la unidad de cuidados intensivos (UCI)].

La identificación de drogas en orina se realizó con tiras reactivas en fase sólida (BIOSIGMA). En concreto, el diagnóstico de intoxicación por cocaína se realizó por anamnesis, clínica y por identificación del tóxico en orina mediante técnica cualitativa de cromatografía de capa fina (punto de corte referido a benzoilecgonina de 300 ng/ml). La identificación de otras posibles sustancias de abuso asociadas (fenciclidina, opiáceos, metamphetamine y anfetamina), se realizó mediante la anamnesis y la identificación del tóxico en orina mediante técnica cualitativa de cromatografía de capa fina. La identificación de cannabis y benzodiazepinas se realizó por enzoinmunoanálisis en la orina. El diagnóstico de consumo de ácido gamma-hidroxi-butyrico se realizó por anamnesis y clínica compatible. Asimismo, en aquellos pacientes con sospecha de intoxicación etílica concomitante,

se realizó determinación de etanol en plasma (alcohol deshidrogenasa) mediante espectrofotometría enzimática (Cobas Integr 4000 de Roche).

El tipo de sintomatología que presentaba el paciente se agrupó en síntomas digestivos, cardiovasculares, respiratorios, cutáneos, neurológicos, agitación (que incluye el delirio y las alucinaciones) o la ausencia de síntomas. Se registró también la presencia de ideación autolítica, aunque ésta no se consideró como parte de la sintomatología producida por la intoxicación.

Los pacientes se dividieron en dos grupos en función de si recibieron valoración psiquiátrica durante su estancia en urgencias. La interconsulta fue realizada por el psiquiatra de plantilla durante el horario de mañana o por el de guardia (se dispone de adjunto de psiquiatría de guardia con presencia física durante las 24 horas) en el resto del horario.

Para el análisis estadístico se utilizó un paquete SPSS vs 12.0 para Windows. Se aplicó el análisis de la t de Student o de la U de Mann-Whitney para la comparación de variables cuantitativas y la prueba de la ji al cuadrado con la corrección de Fisher o de Pearson en caso necesario para la comparación de proporciones. Se realizó una regresión logística para determinar qué factores predecían que se realizara una valoración psiquiátrica. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados

Durante el periodo de estudio se recogieron 1.531 intoxicaciones por drogas de abuso, de las cuales 327 fueron intoxicaciones por cocaína (250 varones y 77 mujeres). Se realizó una valoración psiquiátrica en 69 casos (21,10%).

Los pacientes a los que se realizó una valoración psiquiátrica tenían mayor edad [33,16 (8,1) vs 30,12 (8,3); $p = 0,007$]. No se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo (el 20% de varones y el 24,7% de mujeres recibieron valoración psiquiátrica) ni en los valores de la presión arterial, la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, la saturación basal de oxígeno, ni de la glicemia capilar (Tabla 1).

En la Tabla 2 se expresan las drogas asociadas al consumo de cocaína. Ésta se divide en tres apartados: en la primera columna se especifican las drogas asociadas analizadas, en la segunda se reflejan los casos de consumo de cocaína concomitante con otras drogas y en la tercera se analizan la influencia del consumo de drogas asociadas con el hecho de recibir una valoración psiquiátrica. Las drogas asociadas más frecuentes fueron el etanol,

Tabla 1. Constantes vitales, saturación basal de oxígeno y glicemia capilar

| | VP | No VP | p |
|--|--------------|--------------|----|
| PA sistólica (mmHg) | 124,4 (21,7) | 120,3 (21,4) | ns |
| PA diastólica (mmHg) | 73,6 (12,3) | 71,1 (14,7) | ns |
| Frecuencia cardíaca (lpm) | 91,6 (21,7) | 91,4 (23,6) | ns |
| Frecuencia respiratoria (rpm) | 17,7 (5,2) | 16,9 (6,0) | ns |
| Saturación basal de O ₂ (%) | 96,2 (2,6) | 95,8 (6,1) | ns |
| Glicemia capilar (mg/dl) | 102,9 (25,4) | 112,6 (41,9) | ns |

VP: Valoración psiquiátrica. PA: Presión arterial. ns: No significativo. Valores expresados en media (DE); lpm: latidos por minuto; rpm: respiraciones por minuto.

en primer lugar, seguido de la heroína y las benzodiacepinas. El consumo concomitante de cocaína y benzodiacepinas se asoció con una mayor frecuencia de valoraciones psiquiátricas respecto a los consumos de cocaína sin benzodiacepinas (36,8 vs 17,8%, $p = 0,002$). En cambio, en aquellos pacientes que habían asociado metanfetamina o ácido gammahidroxibutírico al consumo de cocaína no se les realizó una valoración psiquiátrica en ningún caso. La asociación con alcohol y otras drogas de abuso no se relacionó con la decisión de realizar una valoración psiquiátrica. En conjunto, el hecho de asociar algún tipo de droga a la cocaína motivó un menor porcentaje de consultas a psiquiatría (26,1% de casos en el consumo aislado de cocaína vs 17,5% de casos cuando se había asociado algún tipo de droga, $p = 0,059$).

La realización de una valoración psiquiátrica no se relacionó con el día de la semana, mes del año, ni con el tiempo transcurrido desde su consumo hasta la llegada a urgencias. En cambio sí se observó una cierta tendencia a un mayor porcentaje de valoraciones cuando el paciente era atendido durante el turno de mañana respecto a los turnos de tarde y noche (29% vs 19%, $p = 0,071$). Tampoco se encontraron diferencias en cuanto al hecho de ser consumidor habitual o esporádico, ni con el antecedente de intoxicaciones previas. Como era previsible, los pacientes con antecedentes psiquiátricos fueron valorados por el psiquiatra con mayor frecuencia (40,6% vs 8,7%, $p < 0,001$).

De las 327 consultas, sólo hubo 11 casos de tentativa de suicidio. De éstos, 4 no fueron valorados por psiquiatría: una fuga, una alta voluntaria y dos altas a domicilio.

La ausencia de síntomas neurológicos se asoció con una mayor frecuencia de valoraciones psiquiátricas (29% vs 14%, $p = 0,001$). Los pacientes con puntuación en la escala de Glasgow superior a 13 en el momento del ingreso en urgencias tenían un mayor porcentaje de valoraciones psiquiátricas (25,5% vs 12,1%, $p = 0,006$). También se asoció a un mayor porcentaje de valoraciones psiquiátri-

Tabla 2. Correlación entre el consumo de drogas asociadas al consumo de cocaína y la realización de valoración psiquiátrica en urgencias

| Droga asociada | Consumo concomitante N (%) | Valoración psiquiátrica N: 69 | | |
|----------------|-------------------------------|----------------------------------|------------|-------|
| | | Consumo | No consumo | p |
| BZD | 57 (17,4%) | 36,8% | 17,8% | 0,002 |
| Heroína | 86 (26,3%) | 15,1% | 23,2% | ns |
| Cannabis | 56 (17,1%) | 14,3% | 22,5% | ns |
| MDMA | 18 (5,5%) | 0% | 22,3% | 0,017 |
| Anfetaminas | 8 (2,4%) | 12,5% | 21,3% | ns |
| GHB | 37 (11,3%) | 0% | 23,8% | 0,001 |
| Metadona | 16 (4,9%) | 31,3% | 20,6% | ns |
| Ketamina | 7 (2,1%) | 0% | 21,6% | ns |
| LSD | 1 (0,3%) | 0% | 100% | ns |
| Etanol | 175 (53,3%) | 20,6% | 21,7% | ns |

BZD: benzodiacepinas; MDMA: metilen-dioxi-metanfetamina; GHB: ácido gammahidroxibutírico; LSD: ácido lisérgico. ns: No significativo.

cas la presencia de agitación (28,7% vs 14,1%, $p = 0,001$). En cambio, la presencia de otra sintomatología no influyó en la decisión de solicitar valoración psiquiátrica en urgencias.

No se encontraron diferencias en cuanto al hecho de recibir tratamiento por el consumo de cocaína con el hecho de recibir una valoración psiquiátrica. El destino de los pacientes al alta se muestra en la Tabla 3. No hubo diferencias al comparar a los pacientes dados de alta a domicilio con los que precisaron ingreso hospitalario. Del total de pacientes, ocho precisaron ingreso urgente en psiquiatría, lo que representa un 3% del total, pero un 11,6% respecto al grupo de pacientes a los que se realizó valoración psiquiátrica. Sólo cuatro pacientes precisaron ingreso en la UCI de los cuales uno falleció. En estos casos, no se realizó valoración psiquiátrica en urgencias.

El análisis de regresión logística mostró que el consumo concomitante de benzodiacepinas (OR = 2,58; IC 95%: 1,18-5,64, $p = 0,018$), los antecedentes de patología psiquiátrica (OR = 7,40; IC 95%: 3,51-15,64, $p < 0,001$) y la ausencia de sintomatología neurológica (OR = 2,74; IC 95%: 1,36-5,50, $p = 0,005$) eran los factores independientes que se correlacionaron con la realización de una valoración psiquiátrica en urgencias.

Tabla 3. Destino final de los 327 pacientes atendidos en urgencias por intoxicación por cocaína

| | N (%) |
|--|------------|
| Alta directamente desde urgencias en menos de 12 horas | 199 (60,9) |
| Alta directamente desde urgencias en más de 12 horas | 61 (18,7) |
| Fuga del servicio de urgencias | 25 (7,6) |
| Alta voluntaria | 23 (7,0) |
| Ingreso en sala de psiquiatría | 8 (2,4) |
| Ingreso en sala de hospitalización no psiquiátrica | 7 (2,1) |
| Ingreso en unidad de cuidados intensivos | 4 (1,2) |

Discusión

En nuestro estudio, los factores independientes que se asociaron a la solicitud de valoración psiquiátrica en pacientes que acuden al servicio de urgencias por intoxicación aguda por cocaína fueron la asociación de benzodiazepinas, la presencia de antecedentes psiquiátricos y la ausencia de sintomatología neurológica. La agitación no es un factor independiente de consulta. Ello podría deberse a que la agitación asociada a alucinaciones y delirio frecuentemente cede una vez resuelta la intoxicación, por lo que al no persistir síntomas, el clínico puede considerar que la necesidad de consulta psiquiátrica no es urgente.

Los efectos no psiquiátricos asociados al uso de cocaína han sido ampliamente estudiados^{11,12}, mientras que las alteraciones psiquiátricas agudas y crónicas asociadas a su consumo son objeto de recientes investigaciones. Generalmente, en la fase aguda del consumo de cocaína se produce euforia. A veces se asocia agitación, ansiedad, pánico y psicosis, hasta incluso delirio, coma y convulsiones¹¹.

La intoxicación aguda por cocaína puede producir alteraciones psiquiátricas o puede producir síntomas que simulen un brote esquizofrénico¹³. Si bien existen algunos rasgos diferenciales que permiten distinguir un paciente esquizofrénico de un intoxicado por cocaína¹³, este hecho podría justificar la necesidad de una valoración psiquiátrica. Además, la comorbilidad psiquiátrica que pueden presentar es otro motivo para que ésta se realice. Entre los trastornos psiquiátricos no agudos asociados a su consumo se encuentran los síndromes depresivos cuando se asocia enolismo o consumo de otras drogas¹⁴ y los trastornos de adaptación social¹⁵. Así, en nuestro medio se ha demostrado que hasta un 42,4% de los consumidores de cocaína tiene algún tipo de comorbilidad psiquiátrica, de los que un 16% corresponden a trastornos producidos por la droga⁹. Además, se han descrito que determinados fenotipos se asocian al consumo de cocaína¹⁶.

En nuestro estudio se han identificado una serie de factores que se asocian a solicitar una valoración psiquiátrica urgente. Una explicación a estos hallazgos podría ser, en el caso de la asociación de benzodiazepinas, que el médico de urgencias pensara en la existencia de un trastorno de ansiedad previo asociado. En cuanto a la sintomatología neurológica, cuando está presente, es lógico que el clínico dedique sus esfuerzos a descartar una lesión orgánica asociada al consumo de cocaína. Por último, parece obvio que la existencia de antecedentes psiquiátricos sea un factor determinante para la solicitud de valoración psiquiátrica.

Las limitaciones a nuestro estudio serían el que éste se ha realizado en un único centro hospitalario. Otro aspecto sería si la valoración psiquiátrica debe realizarse siempre de forma urgente, puesto que sólo un 11,6% de los pacientes valorados psiquiátricamente precisaron ingreso en psiquiatría. En otro estudio, el porcentaje de ingresos fue del 27,3%¹⁷, aunque los datos no son totalmente comparables puesto que se trata de un estudio realizado directamente en urgencias de psiquiatría, mientras que en nuestro estudio los pacientes eran valorados psiquiátricamente según criterio del *urgenciólogo*. Además, no se debe olvidar que la cocaína es la droga que más se asocia a ideación autolítica¹⁰, lo cual sería otro motivo para que se realizara una valoración urgente.

En resumen, la valoración psiquiátrica en pacientes que consultan por intoxicación por cocaína se realiza en pocas ocasiones. Los factores que influyen en ello son haber asociado benzodiazepinas, el tener antecedentes psiquiátricos previos y el no presentar sintomatología neurológica. Queda por determinar si la valoración psiquiátrica es absolutamente necesaria realizarla en todos los casos de forma urgente. Para contestar a esta pregunta harían falta estudios que ayudaran a identificar qué pacientes deberían ser valorados de forma urgente.

Por otro lado, hay que tener en cuenta el creciente número de consultas por intoxicaciones por cocaína. Existen autores que propugnan iniciar tareas de prevención secundaria en relación con la adicción ya desde el propio servicio de urgencias¹⁸. Este conjunto de actividades, conocidas colectivamente como SBIRT (*Screening Brief Intervention and Treatment Referral*)¹⁹, supondría que el papel del clínico no se limitaría al tratamiento y estabilización de patologías agudas, sino que debería participar en la detección de conductas de riesgo, iniciar la educación sanitaria y remitir al paciente a consulta especializada en drogodependencias¹⁸. Para ello sería indispensable la elaboración de protocolos conjuntos entre médicos de urgencias y psiquiatras. No obstante, la efectividad de estas intervenciones está aún por demostrar.

Bibliografía

- 1 Haasen C, Prinzleve M, Zurhold H, Rehm J, Guttinger F, Fischer G, et al. Cocaine use in Europe –a multi-centre study. Methodology and prevalence estimates. *Eur Addict Res*. 2004;10:139-46.
- 2 Suelves JM, Brugal MT, Caylà JA, Torralba LI. Cambio en los problemas de salud provocados por la cocaína en Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:581-3.
- 3 Muga R. Y ahora la cocaína. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:584-5.

- 4 Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. (Consultado 21 Enero 2010). Disponible en: www.pnsd.es/novedades/pdf/ProgramaActuacionCocaina.pdf.
- 5 Galicia M, Nogué S, Sanjurjo E, Miró O. Evolución de las consultas urgentes relacionadas con el consumo de cocaína durante el periodo 2002-2007. *Emergencias* 2008;20:385-90.
- 6 Caballero Vallés PJ, Dorado Pombo S, Díaz Braseró A, García Gil ME, Yubero Salgado L, Torres Pachó N, et al. Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda en el área sur de la comunidad de Madrid: estudio Veia 2004. *An Med Interna (Madrid)*. 2008;25:67-72.
- 7 Pavarin RM. Substance use and related problems: a study on the abuse of recreational and not recreational drugs in Northern Italy. *Ann Ist Super Sanita*. 2006;42:477-84.
- 8 Kleinmann PH, Miller AB, Millmann RB, Woody GE, Todd T, Kemp J, et al. Psychopathology among cocaine abusers entering treatment. *J Nerv Ment Dis*. 1990;178:442-7.
- 9 Herrero MJ, Domingo-Salvany A, Torrens M, Brugal MT, and the ITINERE investigators. Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. *Addiction*. 2007;103:184-293.
- 10 Garlow SJ, Purselle D, D'Orio B. Cocaine use disorders and suicidal ideation. *Drug Alcohol Depend*. 2003;70:101-4.
- 11 Glauser J, Queen JR. An overview of non-cardiac cocaine toxicity. *J Emerg Med*. 2007;32:181-6.
- 12 Afonso L, Mohammad T, Thatai D. Crack whips the heart: a review of the cardiovascular toxicity of cocaine. *Am J Cardiol*. 2007;100:1040-3.
- 13 Serper MR, Chou JCY, Allen MH, Czobor P, Cancro R. Symptomatic overlap of cocaine intoxication and acute schizophrenia at emergency presentation. *Schiz Bull*. 1999;25:387-94.
- 14 Conner KR, Pinquart M, Holbrook AP. Meta-analysis of depression and substance use and impairment among cocaine users. *Drug Alcohol Dep*. 2008;98:13-23.
- 15 Mariani JJ, Horey J, Bisaga A, Aharonovich E, Raby W, Cheng WY, et al. Antisocial behavioral syndromes in cocaine and cannabis dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2008;34:405-14.
- 16 Herrero MJ, Domingo-Salvany A, Torrens M, Brugal MT, Gutiérrez F, ITINERE Investigators. Personality profile in young current regular users of cocaine. *Subst Use Misuse*. 2008;43:1378-94.
- 17 Leamon MH, Gibson DR, Canning RD, Benjamin L. Hospitalization of patients with cocaine and amphetamine use disorders from a psychiatric emergency service. *Psychiatric Services*. 2002;53:1461-6.
- 18 Berstein SL. The clinical impact of health behaviors on Emergency Department visits. *Acad Emerg Med*. 2009;16:1054-9.
- 19 Berstein E, Berstein J, Levenson S. Project ASSERT: an ED-based intervention to increase access to primary care, preventive services, and the substance abuse treatment system. *Ann Emerg Med*. 1997;30:181-9.

Factors predicting the decision to perform a psychiatric evaluation in patients with cocaine intoxication

Supervía A, Aguirre A, Clemente C, Iglesias ML, Skaf E, Echarte JL

Background and objective: Cocaine users often present in an altered mental state. This study aimed to determine factors that influence the decision to request emergency psychiatric evaluation in cases of cocaine intoxication.

Methods: Cases of cocaine intoxication attended in the emergency department were registered over 2 years. Patients were classified in 2 groups according to whether a psychiatric evaluation was performed or not. We recorded age, sex, vital signs, Glasgow score, combined abuse of alcohol or other substances, number of drugs used, time elapsed since drug use, emergency department work shift, mental health history, prior intoxications, symptoms, and destination on discharge. Logistic regression analysis was performed to identify factors that were independently associated with performance of a psychiatric evaluation.

Results: A total of 327 cases were registered. A psychiatric evaluation was performed in 69 (21.10%). The group of patients receiving such an evaluation were older ($P=.007$), had a higher rate of benzodiazepine use ($P=.002$), had higher rates of history of mental illness ($P<.001$) and psychomotor agitation ($P=.001$), and a lower rate of neurologic symptoms ($P=.001$). Logistic regression showed that factors that were independently related to performance of a psychiatric evaluation were benzodiazepine use (OR, 2.58; 95% confidence interval [CI], 1.18-5.64; $P=.018$), history of mental illness (OR, 7.40; 95% CI, 3.51-15.64; $P<.001$), and absence of neurologic signs (OR, 2.74; 95% CI, 1.36-5.50; $P=.005$).

Conclusions: Psychiatric evaluation is not often performed in emergency situations. Associated use of benzodiazepines, a history of mental illness, and an absence of neurologic symptoms are associated with a decision to request psychiatric evaluation. [*Emergencias* 2010;22:91-95]

Key words: Psychiatric evaluation. Intoxication, cocaine. Emergency health services.